

# Vaccination contre la COVID-19 pour les jeunes âgés de 12 à 17 ans

## → La COVID-19

### Qu'est-ce que la COVID-19 ?

La COVID-19 est une infection causée par un virus de la famille des coronavirus. Il existe plusieurs types de coronavirus. La plupart entraînent des symptômes légers, mais d'autres peuvent provoquer des symptômes plus graves. C'est le cas de la COVID-19, causée par le coronavirus appelé SRAS-CoV-2.

### Quels sont les SYMPTÔMES de la COVID-19 ?

Chez les jeunes, les principaux symptômes peuvent s'apparenter à un rhume. Les plus fréquents sont : la fièvre, la toux, des nausées et des vomissements, des maux de ventre et de la diarrhée. D'autres symptômes peuvent aussi apparaître : un mal de gorge, un mal de tête, des douleurs musculaires, une fatigue intense, une perte importante de l'appétit, une perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale ou une difficulté à respirer.

### Comment se TRANSMET la COVID-19 ?

La COVID-19 se transmet d'une personne à une autre par le contact avec les gouttelettes projetées dans l'air quand une personne malade respire, parle, tousse ou éternue. Une personne qui n'a pas de symptômes peut transmettre la COVID-19 sans le savoir. La transmission par des surfaces ou des objets contaminés est possible, mais ne représente pas le mode de transmission principal.

**Si votre enfant est âgé de moins de 14 ans**, il est très important que vous remplissiez le **formulaire de consentement** à la dernière page de ce feuillet et que vous le retourniez le plus rapidement possible à l'école, **que vous choisissiez de faire vacciner votre enfant ou non.**

**Si votre enfant est âgé de 14 ans ou plus**, il peut consentir à la vaccination par lui-même.

- > Le vaccin à ARN messenger contre la COVID-19 (Pfizer) est recommandé aux jeunes âgés de 12 ans et plus.
- > L'objectif principal de cette vaccination est de protéger contre la COVID-19 et ses complications.
- > Le jour de la vaccination, votre enfant devra porter un chandail à manches courtes.

### Quelles sont les COMPLICATIONS POSSIBLES de la COVID-19 ?

Les complications possibles de la COVID-19 sont :

- une pneumonie et d'autres problèmes respiratoires;
- des problèmes cardiaques;
- des problèmes neurologiques;
- le décès.

En plus de ces complications, certaines personnes ressentent des symptômes de la COVID-19 pendant plusieurs mois, tels que la perte d'odorat ou la fatigue.

### Comment peut-on se PROTÉGER contre la COVID-19 ?

La vaccination est le meilleur moyen de protection contre la COVID-19. Elle s'ajoute aux autres mesures, telles que la distanciation physique, le port du masque ou du couvre-visage et le lavage des mains.

# → La vaccination

## POURQUOI vacciner les jeunes de 12 à 17 ans ?

La vaccination contre la COVID 19 des jeunes âgés de 12 à 17 ans a pour but de les protéger contre la maladie et ses complications.

Comme elle permet de réduire la circulation du virus, la vaccination devrait également contribuer à maintenir les activités scolaires, sportives et sociales afin qu'on puisse reprendre dès que possible une vie plus normale.

## Quel VACCIN est utilisé ?

Le vaccin à ARN messager contre la COVID-19 de Pfizer est utilisé chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans.

## Le vaccin à ARN messager de Pfizer contre la COVID-19 est-il EFFICACE ?

Oui. L'efficacité de ce vaccin pour prévenir la COVID-19 chez les jeunes est de près de 100 % après deux doses.

## Le vaccin à ARN messager de Pfizer contre la COVID-19 est-il SÉCURITAIRE ?

Oui. Le vaccin de Pfizer est approuvé par Santé Canada. Il a franchi toutes les étapes nécessaires avant d'être approuvé. Il a fait l'objet d'études de qualité portant sur un grand nombre de personnes. Les experts suivent de très près toute manifestation indésirable qui pourrait survenir après la vaccination et prennent les mesures requises pour s'assurer que ce vaccin est utilisé de façon sécuritaire.

## COMBIEN de doses de vaccin sont nécessaires ?

Deux doses du vaccin à ARN messager contre la COVID-19 de Pfizer sont nécessaires. Elles sont administrées par voie intramusculaire.

Les jeunes qui ont déjà eu la COVID-19 ont besoin que d'une seule dose du vaccin. Ils peuvent toutefois recevoir une 2<sup>e</sup> dose s'ils le souhaitent. Pour ceux qui ont un système immunitaire affaibli, deux doses sont nécessaires, même s'ils ont déjà eu la COVID-19. Le vaccinateur pourra déterminer le nombre de doses nécessaires pour chacun des jeunes.

## Avec la vaccination, combien de temps la PROTECTION contre la COVID-19 dure-t-elle ?

Les études pour mieux établir la durée de la protection se poursuivent. La protection dure au moins six mois.

## Est-ce que le vaccin peut CAUSER la COVID-19 ?

Ce vaccin ne peut pas causer la COVID 19 car il ne contient pas le virus responsable de la maladie. Par contre, une personne qui a été en contact avec le virus durant les jours précédant ou suivant la vaccination pourrait quand même développer la COVID 19. Il est important de continuer d'appliquer les consignes sanitaires jusqu'à ce qu'une majorité de la population ait été vaccinée.



## Quelles sont les RÉACTIONS POSSIBLES au vaccin ?

### La majorité des jeunes vont ressentir :

- de la douleur à l'endroit où la piqûre a été faite (90 %);
- un mal de tête (76 %);
- de la fatigue (78 %).

### Plusieurs jeunes peuvent aussi ressentir :

- des frissons (49 %);
- de la fièvre (24 %);
- des douleurs aux muscles (42 %);
- des douleurs aux jointures (20 %).



La plupart de ces réactions durent de un à deux jours. Elles sont plus fréquentes après la deuxième dose.

Souvent, de la rougeur ou un gonflement à l'endroit de l'injection sont observés (9 %).

Plus rarement, des nausées ou une enflure des ganglions sous les aisselles peuvent survenir (moins de 1 %).

Chez une minorité de jeunes, les réactions causées par le vaccin peuvent empêcher la poursuite des activités quotidiennes pendant un ou deux jours, plus fréquemment après la deuxième dose.

Moins de 1 personne sur 10 000 recevant le vaccin de Pfizer contre la COVID-19 peut faire une myocardite (inflammation du muscle du cœur) ou une péricardite (inflammation de

l'enveloppe du cœur) dans les jours suivants la 2<sup>e</sup> dose de vaccin. Cette

réaction est plus fréquente chez les jeunes hommes. La plupart de ces personnes se sont rétablies et ne semblent pas avoir conservé de séquelles.

Environ 1 personne sur 50 000 recevant un vaccin contre la COVID-19 à ARN messager peut faire une réaction allergique grave après avoir reçu le vaccin. La fréquence de cette réaction est plus élevée que ce qui est attendu habituellement après un vaccin, mais elle demeure très rare. Ce type de réaction se produit généralement dans les minutes qui suivent la vaccination. Le personnel sur place est formé pour intervenir immédiatement afin d'arrêter la réaction allergique.

**N'hésitez pas à consulter Info-Santé 811 ou un médecin, selon la gravité des symptômes.**

## Que dois-je faire EN CAS DE RÉACTION au vaccin ?

Il faut appliquer une compresse humide froide à l'endroit où la piqûre aura été faite pour diminuer la douleur, le gonflement, la rougeur ou les démangeaisons. Pour diminuer la fièvre ou les malaises, prendre de l'acétaminophène (par exemple, Tylenol) ou de l'ibuprofène (par exemple, Advil). Il est important de consulter un médecin en cas de douleur à la poitrine, de palpitations ou d'essoufflement.

Il est possible que vous receviez un courriel de la part de [enquete-vaccincovid@canvas-covid.ca](mailto:enquete-vaccincovid@canvas-covid.ca) ou de [infovaccination-fmss@canvas-covid.ca](mailto:infovaccination-fmss@canvas-covid.ca) vous invitant à participer à un sondage portant sur la surveillance active des manifestations cliniques inhabituelles survenant après la vaccination contre la COVID-19. Pour plus d'informations, veuillez consulter [Quebec.ca](http://Quebec.ca). Aucun renseignement personnel ne vous sera demandé dans ce sondage. Les personnes qui auront divulgué avoir présenté une manifestation clinique inhabituelle seront contactées de nouveau. Dans ce cas, certaines informations pourraient être demandées, comme la date de naissance ou le numéro d'assurance maladie de la personne vaccinée.



DT9592

## CONSENTEMENT À LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19 POUR LES USAGERS ÂGÉS DE MOINS DE 14 ANS

Nom et prénom de l'utilisateur					
Nom et prénom de la mère					
Nom et prénom du père (optionnel)					
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
N° d'assurance maladie			Expiration		Année Mois
Adresse (N°, rue)					
Ville				Code postal	

### INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de l'école :		Groupe :	
Personne autorisée à consentir à la vaccination (nom, prénom) :		Statut : <input type="checkbox"/> Autorité parentale <input type="checkbox"/> Tuteur	
Ind. rég. N° de téléphone résidence	Ind. rég. Autre N° téléphone	<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail	
Adresse courriel :			

### USAGERS ÂGÉS DE MOINS DE 14 ANS

(Un consentement écrit n'est pas nécessaire pour les jeunes âgés de 14 ans et plus.  
Ces derniers peuvent consentir eux-mêmes à la vaccination.)

### QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION

	QUESTIONS LIÉES À L'ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT	OUI	NON	S.O. ou NSP	PRÉCISION
1.	<b>Problèmes de santé</b> Est-il dans l'une des deux situations suivantes : • Il a déjà eu un test positif à la COVID-19. • Il a des symptômes de la COVID-19. • Vous avez remarqué un changement récent dans son état de santé (p. ex. : apparition de symptômes inhabituels). Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, précisez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<b>Immunodépression</b> Est-il dans l'une des deux situations suivantes : • Il prend des médicaments immunodépresseurs. • Il souffre d'une maladie qui affaiblit son système immunitaire, comme un cancer. Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, précisez le nom des médicaments ou de la maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	<b>Réaction allergique</b> A-t-il déjà fait une réaction allergique (autre qu'une allergie alimentaire, saisonnière ou une allergie aux animaux) après avoir reçu un vaccin ou un autre produit ? Si oui, précisez à quel produit était liée cette réaction allergique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	<b>Trouble de la coagulation</b> A-t-il ou a-t-il eu un trouble de la coagulation (p. ex. : thrombose, thrombocytopénie) nécessitant un suivi médical ou prend-il des médicaments anticoagulants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	<b>Produits immunisants ou sanguins</b> Est-il dans l'une des deux situations suivantes : • Il a reçu un vaccin dans les 14 derniers jours. • Il a reçu un traitement contre la COVID-19 à l'hôpital dans les 90 derniers jours. Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, précisez le nom du traitement ou des vaccins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Légende :**  
S.O. : Sans objet  
NSP : Ne sait pas

Nom et prénom de l'utilisateur	N° de dossier
--------------------------------	---------------

## CONSENTEMENT (DÉCISION) DU PARENT OU DU TUTEUR

Comme parent ou tuteur d'un enfant de moins de 14 ans, vous devez prendre les décisions relatives à sa vaccination.

Les explications vous permettant de prendre une décision éclairée vous sont fournies dans le feuillet joint à ce formulaire.

Lorsque vous donnez votre consentement, il s'applique également à la deuxième dose du vaccin à ARN messenger contre la COVID-19 (Pfizer).

Si votre enfant a déjà eu un test positif à la COVID-19, le vaccinateur décidera du nombre de doses requises après évaluation. Dans ce cas, il est possible qu'une seule dose soit nécessaire.

**Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre la COVID-19 avec le vaccin à ARN messenger contre la COVID-19 (Pfizer).**

À tout moment, vous pouvez modifier votre consentement.

☐ JE CONSENS à ce que mon enfant soit vacciné contre la COVID-19.

☐ JE REFUSE que mon enfant soit vacciné contre la COVID-19.

☐ NE S'APPLIQUE PAS car mon enfant a déjà été vacciné.

Signature du parent ou du tuteur :		Date	Année	Mois	Jour
------------------------------------	--	------	-------	------	------